



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
**Universidad** Zaragoza

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**GRADO DE ENFERMERÍA**

**CURSO ACADÉMICO 2017-2018**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISFONIA  
ESPASMÓDICA O DISTONÍA LARÍNGEA**

**NURSING CARE FOR THE PATIENT WITH SPASMODIC DYSPHONY OR  
DYSTONIA LARINGEA**

Autora: MARIA LUISA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ DE LA RIVA

Directora: MERCEDES RUIDIAZ PEÑA

## **ÍNDICE**

1. RESUMEN.....	Página 6
2. ABSTRACT.....	7
3. INTRODUCCIÓN.....	8
4. JUSTIFICACIÓN.....	11
5. OBJETIVOS	
5.1.    GENERAL.....	13
5.2.    ESPECÍFICOS.....	13
6. METODOLOGÍA	
6.1.    PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	14
6.2.    FUENTES DE INFORMACIÓN.....	16
7. DESARROLLO	
7.1.    PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	19
7.2.    VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES.....	21
7.3.    DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	24
7.4.    PLANIFICACIÓN:    OBJETIVOS    E    INDICADORES, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.....	26
8. CONCLUSIONES.....	40
9. BIBLIOGRAFÍA.....	41
10. ANEXOS.....	44

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1: CRIBADO PARA LA DISFONIA ESPASMÓDICA.....	Página 44
ANEXO 2: PIRÁMIDE DE MILLER.....	44
ANEXO 3: VOICE HANDICAP INDEX ABREVIADO (VHI-10).....	45
ANEXO 4: TEST DE BARTHEL.....	45
ANEXO 5: CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO (COS).....	47
ANEXO 6: ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA).....	49
ANEXO 7: CRIBADO ANSIEDAD – DEPRESIÓN DE GOLDBERG.....	50
ANEXO 8: ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN DE HAMILTON.....	51
ANEXO 9: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.....	53
ANEXO 10: TEST DE ZARIT.....	54
ANEXO 11: ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS).....	55

## **INDICE DE TABLAS**

### **TABLAS CONTENIDO METODOLOGÍA**

TABLA 1: FUENTES DE INFORMACIÓN.....	Página 15
TABLA 2: FUENTE DE INFORMACIÓN: LIBROS.....	15
TABLA 3: FUENTE DE INFORMACIÓN: ASOCIACIONES.....	16
TABLA 4: HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN.....	17

### **TABLAS CONTENIDO DESARROLLO**

TABLA 5: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO I.....	Página 26
TABLA 6: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IV.....	27
TABLA 7: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO V.....	28
TABLA 8: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO VI.....	29
TABLA 9: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO VII.....	30
TABLA 10: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO VII.....	32
TABLA 11: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IX.....	33
TABLA 12: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IX.....	34
TABLA 13: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IX.....	35
TABLA 14: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO XII.....	36
TABLA 15: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO XII.....	37
TABLA 16: RESUMEN EN DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES, DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON DISFONÍA ESPASMÓDICA.....	38

## AGRADECIMIENTOS

A mis pilares fundamentales a lo largo de mi vida.

A la mujer que ha inspirado este trabajo, por y para ti.

A las personas que me apoyan y creen en mí.

GRACIAS.



## 1. RESUMEN

### **Introducción/justificación:**

La disfonía espasmódica (DE) es una enfermedad rara que se caracteriza por movimientos espasmódicos de las cuerdas vocales. Se trata de un trastorno de difícil diagnóstico y cuyo tratamiento sólo mejora temporalmente los síntomas. Constituye un proceso complicado en el que se producen repercusiones sobre todo a nivel psicológico y social.

En consecuencia, la función de enfermería plantea un papel decisivo en la mejora del afrontamiento, la estabilización emocional y la readaptación con el entorno.

El presente Trabajo de Fin de Grado consta de un Plan de Cuidados Enfermero a una paciente recientemente diagnosticada de disfonía espasmódica de larga evolución.

**Objetivos:** Determinar un Plan de Cuidados orientado a proporcionar ayuda y apoyo psicosocial a un paciente de DE, a través del diseño e implantación de un Proceso de Atención de Enfermería, en el área de Atención Primaria.

**Metodología:** Trabajo basado en una revisión bibliográfica en distintas fuentes de información como bases de datos, asociaciones, uso de escalas de valoración, todo ello realizado mediante la metodología científica enfermera. Se realiza un Plan de Cuidados comenzando con una valoración integral siguiendo los Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon, para posteriormente nombrar los diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones con la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC.

**Conclusión:** Tras la realización de las actividades programadas, se podrá conseguir los objetivos planteados en nuestro plan de cuidados, centrándose estos en la formación al paciente y su entorno, el apoyo psicosocial, el afrontamiento de la enfermedad con el fin de recuperar el bienestar del paciente.

**Palabras clave:** Disfonía, distonía laríngea, plan de cuidados enfermero y cuidados de enfermería.

## 2. ABSTRACT

**Introduction / justification:** Spastic dysphonia (ED) is a rare disease characterized by spasmodic movements of the vocal cords. It is a disorder that is difficult to diagnose and whose treatment only temporarily improves symptoms. It is a complicated process in which repercussions occur especially at the psychological and social level.

Consequently, the nursing function plays a decisive role in improving coping, emotional stabilization and readaptation with the environment.

This final project consists of a Nursing Care Plan for a patient recently diagnosed with long-standing spasmodic dysphonia.

**Objectives:** To determine a Care Plan aimed at providing psychosocial help and support a patient with ED, through the design and implementation of a Nursing Care Process, in Primary Care.

**Methodology:** Work based on a bibliographic review in various sources of information such as databases, associations, use of rating scales, all done through the nurse scientific methodology. A Care Plan starts with a comprehensive assessment following the Functional Health Patterns of Marjory Gordon, to later name the nursing diagnoses, objectives and interventions with the nurse taxonomy NANDA, NOC, NIC.

**Conclusion:** After carrying out the programmed activities, the objectives set out in our care plan can be achieved, focusing on the patient's training and their environment, psychosocial support, coping with the disease to recover the patient's well-being.

**Key words:** Dysphonia, laryngeal dystonia, nursing care plan and nursing care.



### 3. INTRODUCCIÓN

La disfonía espasmódica (DE), espástica o distonía laríngea es un tipo de distonía focal que consiste en una interrupción o disrupción del control motor laríngeo, causada por una alteración neurológica crónica de la motoneurona central primaria, que origina movimientos distónicos involuntarios de la musculatura laríngea durante la fonación, los cuales afectan a la calidad de la voz.<sup>1</sup>

La distonía se define como contracciones musculares persistentes o intermitentes que causan movimientos anormales.<sup>2</sup> Los movimientos distónicos se intensifican y empeoran con el cansancio y el esfuerzo, tanto físico como emocional.

La disfonía espasmódica se puede clasificar en:<sup>1,3</sup>

**Disfonía espasmódica aductora (ADDE):** Es la afectación más común entre las distonías (90%). Se trata de movimientos involuntarios que provocan un cierre glótico exagerado, a causa de una tensión excesiva en el músculo laríngeo (tiroaritenioideo). La voz suena de forma tensa y ahogada.

**Disfonía espasmódica abductora (ABDE):** La forma menos común está caracterizada por un cierre incompleto o aproximación irregular de las cuerdas vocales. El sonido es entrecortado y susurrante, debido al sonido de consonantes sordas prolongadas antes de vocales.<sup>4</sup>

La disfonía espasmódica está clasificada como Enfermedad Rara. Suele afectar a personas en la quinta década de vida, aproximadamente a los 45 años,<sup>4</sup> aunque existen casos cuya aparición es temprana. El sexo femenino es el más afectado por la enfermedad, cuyo ratio es de 8:1.<sup>5</sup>

En su origen, se creía que la causa era psicológica. Actualmente se confirma que se trata de un trastorno de origen neurológico <sup>6,7</sup>

Mediante electromiografía, los músculos tiroaritenioideos y cricotiroides tienen niveles anormalmente altos de cargas electromiográficas. Este desequilibrio provoca tensión en el espacio glótico durante la conversación, la deglución y la respiración pausada.<sup>8</sup>

Las causas por las que se produce la DE son desconocidas. Se sugiere que es una enfermedad multifactorial, aunque aún no se comprenden con exactitud

los desencadenantes. Se ha estudiado un posible origen genético, pero los polimorfismos<sup>1</sup> estudiados han resultado tener una evidencia muy débil.<sup>4</sup>

Los factores de riesgo epidemiológicos son: mujer >50 años, acontecimientos estresantes, ITRS<sup>2</sup>, enfermedad de los senos paranasales y la garganta, abuso de la voz, distonía cervical, sarampión o paperas en la infancia, embarazo y parto.<sup>4</sup>

La evidencia más reciente plantea que existen tres mecanismos neurológicos implicados en la fisiopatología de la DE: pérdida de la inhibición cortical, trastornos sensoriales y del procesamiento y, cambios neuroanatómicos.<sup>4</sup>

El inicio de los síntomas, de forma general, es progresivo e insidioso. En un principio, la sintomatología se presenta como crisis aisladas, en las que la voz pierde fuerza. Son imprevisibles y desconcertantes, por lo que pueden ser muy molestas para el paciente. El paciente puede sentir opresión respiratoria, falta de soplo, astringencia y bloqueo del cuello. La enfermedad evoluciona de forma que las crisis se hacen más frecuentes y audibles. Así pues, el paciente aumenta la tensión hacia sí mismo, a causa de que no puede controlarlo. A partir de los 18 meses desde el inicio de los síntomas, generalmente se estabiliza la severidad. Característicamente, los "falsetes" son más evidentes tras un silencio prolongado.<sup>5,9</sup>

El diagnóstico de la disfonía espasmódica puede ser difícil debido a la falta de consenso científico sobre los criterios de diagnóstico y a la posible confusión con otros trastornos de la voz se pueden presentar de manera similar, por tanto, la evaluación y el diagnóstico de la DE se realiza en un contexto multidisciplinar.

Por tanto, existen pacientes aún sin diagnosticar o puede haber un retraso de más de 4 años desde el inicio de los síntomas hasta la determinación del diagnóstico final.<sup>9</sup>

Según la literatura, se desarrolla desde tres niveles: en primer lugar, se realiza un cribado a partir de una serie de preguntas sobre los síntomas que sugieren la DE, obsérvense en el anexo 1; en segundo lugar, se realiza un

---

<sup>1</sup> Polimorfismo: Variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN en los cromosomas entre los individuos de una población.

<sup>2</sup> ITRS: Infección tracto respiratorio superior.

examen clínico del habla por un equipo multidisciplinar para, por una parte, aproximarse al diagnóstico, y por otra, para diferenciar los síntomas de la DE con los de la MTD<sup>3</sup>. Los resultados de la prueba se pueden comparar en la tabla 2. En tercer lugar, se procedería a la Nasofaringoscopia. Se observaría la actividad de las cuerdas vocales a la hora de realizar diferentes tareas; así pues, se esperarían unos resultados que sugieran la DE. Estos resultados pueden ser vistos en la tabla 3. <sup>9</sup>

El tratamiento de la DE se ha orientado a disminuir los síntomas, ya que no existe ninguna cura para la enfermedad. Actualmente, todos los tratamientos obtienen resultados de forma temporal. En la práctica, se ha de tratar al paciente de forma holística, atendiendo a las necesidades bio, psico y sociales.

El silencio vocal, es poco efectivo y empeora la sintomatología; y la terapia de la voz o la reeducación vocal, pueden ser complementarias a otro tipo de tratamientos más efectivos. El tratamiento antiinflamatorio ofrece mejoría en algunos síntomas asociados.<sup>10-12</sup>

Los tratamientos estudiados y realizados a pacientes diagnosticados son la cirugía y la inyección de toxina botulínica. En ambos casos, se mejora la percepción objetiva y subjetiva de la DE y la calidad de vida. Las inyecciones de toxina botulínica (TB) provocan una paresia o parálisis temporal de los nervios que inervan los músculos afectados. El efecto de este tratamiento va disminuyendo después de 5 a 8 semanas desde su realización. En caso de observar buenos resultados con la inyección de TB, se evalúa la posibilidad de intervenir quirúrgicamente. La cirugía está destinada a ser de larga duración y/o permanente. Se destaca la cirugía selectiva Aduktora Laríngea de Denervación – Reinervación (SLAD-R). A falta de estudios comparativos, ninguna de las actuaciones nombradas podría ser aconsejada como la preferente para el paciente. Se desconoce cómo evoluciona la DE sin tratamiento adecuado. <sup>13</sup>

---

<sup>3</sup> MTD: Distonía por tensión muscular.

#### 4. JUSTIFICACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El cuidado de los pacientes, responsabilidad del equipo de enfermería, es una competencia que ha ido evolucionando a través de nuestra historia. Se realizan a través de planes organizados, tanto estandarizados como personales, que buscan un mismo objetivo. Así pues, una de las principales tareas de los profesionales de Enfermería es la detección precoz de complicaciones. Para ello, es necesario que se tenga un amplio conocimiento para poder proporcionar una atención holística de los pacientes y proporcionar estrategias de autocuidados.

Las competencias exigen evaluaciones continuas de las actitudes, aptitudes y conocimientos, es decir, la práctica del saber, del saber hacer, demostrar cómo lo haría y hacerlo. Obsérvense en el anexo 2.

Los pacientes afectados de disfonía pueden verse damnificados en todos los aspectos de su vida social, la visión de sí mismos y con el entorno. La disfonía espástica, como cualquier enfermedad rara, requiere especial atención de los profesionales sanitarios dadas las dificultades para determinar tanto las causas como el diagnóstico o el tratamiento. Ante esta situación, el paciente ha de tener las suficientes herramientas para poder afrontar la que, hasta el día de hoy, es una enfermedad crónica e incurable. Los profesionales de Enfermería deben tener en cuenta que las dificultades van más allá del tratamiento de los síntomas.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. GENERALES

Determinar un Plan de Cuidados, en el área de Atención Primaria, orientado a proporcionar ayuda y apoyo psicosocial a un paciente con disfonía espasmódica cuyo diagnóstico se ha realizado de forma tardía.

### 5.2. ESPECÍFICOS.

- Reconocer de forma clara y precisa aquellas situaciones que comprometan el estado de bienestar del paciente con disfonía espástica.
- Evaluar la educación del paciente sobre el conocimiento de su enfermedad para su control.
- Mejorar el afrontamiento del paciente y de su entorno.
- Establecer un precedente en la evaluación e intervención del estado psicológico y social del paciente, antes y después del diagnóstico tardío.

## 6. METODOLOGÍA:

### 6.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La elaboración de este Plan de Cuidados de Enfermería se ha realizado mediante la Metodología enfermera o Metodología de los cuidados, a través de realización de juicios clínicos enfermeros para detectar y resolver los problemas del paciente.

Estos juicios enfermeros se dividen en juicio diagnóstico, cuya finalidad es la detección de los problemas de salud del paciente y en juicio terapéutico, cuyo objetivo es proporcionar los cuidados necesarios para resolver los problemas de salud anteriormente detectados.

Este método enfermero, consta de 5 fases del Plan de Atención de Enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La primera etapa del Proceso de Enfermería es la valoración, definida como proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a esta. Es la primera toma de contacto en la que la enfermera ha de realizar una obtención de datos objetivos y subjetivos, tanto de forma básica con el fin de obtener un punto de referencia de forma general, como focalizada, reuniendo información específica para determinar el estado de salud.

Como herramientas de apoyo en la valoración se han utilizado las escalas que se pueden encontrar en la Tabla 4.

Se han seleccionado estas escalas con el objetivo de comprobar si existen factores que aumenten los síntomas de la enfermedad y valorar la intervención de enfermería.

Tras la valoración, procederemos a identificar los diferentes problemas de nuestro paciente elaborados mediante la Taxonomía de la *North American Nursing Diagnossis Asociation* (NANDA).<sup>14</sup> Tras la elaboración de los diagnósticos de enfermería, identificaremos los objetivos e intervenciones del Plan de Cuidados que mejor se adecuen a nuestra paciente.

Utilizaremos para su elaboración la Clasificación de Resultados de Enfermería, *Nursing Outcomes Classification* (NOC)<sup>15</sup> para los objetivos y Clasificación De Intervenciones de Enfermería, *Nursing Interventions Clasiffication* (NIC)<sup>16</sup> para las intervenciones y sus respectivas actividades. Estos libros se pueden encontrar en la tabla 2.

En referencia al caso clínico, todos los datos son ficticios. La ejecución del plan de cuidados no se llevado a cabo, por tanto, los objetivos que se establecen en la planificación es lo idealizado en un caso hipotético.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos y revistas científicas para la realización del marco conceptual, que se observa en la Tabla 1. También se incluyen las asociaciones y páginas web relacionadas con la enfermedad en la Tabla 3.

## 6.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

**TABLA 1: BASES DE DATOS**

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>LIMITES</b>	<b>ARTÍCULOS ENCONTRADOS</b>	<b>ARTICULOS UTILIZADOS</b>
<b>PUBMED</b>	Spastic dysphonia OR laryngeal dystonia or spasmodic dysphonia	Últimos 5 años revisión/ metanálisis.	157	3
<b>SCIENCEDIRECT</b>	Spastic dysphonia OR laryngeal dystonia or spasmodic dysphonia	Últimos 5 años	18	1
<b>COCHRANE</b>	Spastic dysphonia OR laryngeal dystonia or spasmodic dysphonia	Sin limitaciones	0	0
<b>SCIELO</b>	Spastic dysphonia OR laryngeal dystonia or spasmodic dysphonia/ sin limitaciones	Sin limitaciones	1	0

4

**TABLA 2: LIBROS.**

### **LIBROS**

North American Nursing Diagnossis Asociation (NANDA). <sup>14</sup>	Nursing Outcomes Classification (NOC). <sup>15</sup>	Nursing Clasiffication (NIC). <sup>16</sup>
---	---	--

5

<sup>4</sup> Fuente: Elaboración propia.

<sup>5</sup> Fuente: Elaboración propia.



**TABLA 3: ASOCIACIONES Y PÁGINAS WEB.**

**OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN**

<b>ASOCIACIONES</b>	<b>Páginas web</b>
<b>ASOCIACIÓN DE LUCHA CONTRA LA DISTONÍA ESPAÑA. (ALDE)</b>	<a href="http://dystonia.es">http://dystonia.es</a>
<b>AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA)</b>	<a href="http://www.asha.org">www.asha.org</a>
<b>FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES RARAS (FEDER)</b>	<a href="http://enfermedades-raras.org">enfermedades-raras.org</a>
<b>ASOCIACIÓN DE LUCHA CONTRA LA DISTONÍA EN ARAGÓN (ALDA)</b>	<a href="http://www.dystonia-aragon.org/">http://www.dystonia-aragon.org/</a>
<b>DYSTONIA EUROPE</b>	<a href="https://dystonia-europe.org">https://dystonia-europe.org</a>
<b>DYSTONIA: MEDICAL RESEARCH FOUNDATION</b>	<a href="https://www.dystonia-foundation.org/">https://www.dystonia-foundation.org/</a>
<b>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DISFONÍA ESPASMÓDICA (AESDE)</b>	<a href="http://www.disfoniaespasmodica.org">http://www.disfoniaespasmodica.org</a>
<b>NATIONAL SPASMODIC DYSPHONIA ASSOCIATION</b>	<a href="http://www.dysphonia.org/">http://www.dysphonia.org/</a>

6

<sup>6</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 4: HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN.**

**ESCALAS DE VALORACIÓN**

<b>NOMBRE</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Anexo</b>
<b>VOICE HANDICAP INDEX-10. (VERSIÓN ABREVIADA ESPAÑOL)<sup>17</sup></b>	Cuestionario para cuantificar el impacto de la disfonía percibido por el paciente.	Puntuación: 0-40.	39	Anexo 3
<b>ESCALA DE BARTHEL.<sup>18</sup></b>	Autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.	Puntuación: 0-100.	100	Anexo 4
<b>CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO. (COS)<sup>19</sup></b>	Cuestionario para valorar los trastornos del sueño.	Subescala de insomnio oscila entre 9 – 45. Mayor puntuación, mayor insomnio.	30	Anexo 5
<b>ESCALA DE VALORACIÓN ANALÓGICA (EVA) DEL DOLOR.<sup>20</sup></b>	Permite medir la intensidad del dolor.	Dolor leve <3 Dolor moderado 4-7 Dolor severo >7	6	Anexo 6
<b>ESCALA DE GOLDBERG. (EADAC)<sup>21</sup></b>	Cribado ansiedad-depresión.	Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas. Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.	Subescala ansiedad:7 Subescala depresión:4	Anexo 7
<b>ESCALA DE ANSIEDAD – DEPRESIÓN HAMILTON. (HDRS)<sup>22</sup></b>	Evaluación de la depresión	No deprimido: 0-7 Depresión ligera: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23	Ansiedad psíquica: 14 – Ansiedad somática: 8.	Anexo 8
<b>ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.<sup>23</sup></b>	Valorar la autoestima del paciente.	Autoestima elevada: 30-40 Autoestima media: 26-29	30	Anexo 9

		Autoestima baja: <25		
<b>TEST DE ZARIT.<sup>24</sup></b>	Test sobre la sobrecarga del cuidador principal.	No sobrecarga: <46 Sobrecarga intensa: >56	56	Anexo 10
<b>PERCEIVED STRESS SCALE (PSS).<sup>25</sup></b>	Evalúa el nivel de estrés percibido en el último mes.	Mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. Puntuación entre: 0 - 56	25	Anexo 11

7

---

<sup>7</sup> Fuente: Elaboración propia.

## 7. DESARROLLO.

El Proceso de Atención de Enfermería, es la herramienta que sustenta las bases de la resolución de problemas del paciente a través del Juicio Clínico Enfermero.

En primer lugar, se obtiene los datos del paciente, identificando las alteraciones que posteriormente estarán nombradas como Diagnóstico Enfermero:

### 7.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

#### **a. Anamnesis.**

Paciente mujer de 21 años, que acude por disfonía de larga evolución, más de 5 años, junto con dolor de cuello. Comenta que no descansa durante las noches por dolor en las extremidades superiores de origen nervioso desde hace unos años.

Refiere que su situación personal es estresante debido a que se hace cargo de un familiar muy cercano por las mañanas a la vez que estudia a distancia en la universidad.

En el último mes, le diagnosticaron disfonía espasmódica (DE) como causante de su disfonía. Ha sido derivada a la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Sin evaluación ni tratamiento en la actualidad.

Concluye no tener mucho tiempo e iniciativa para poder relacionarse con sus amistades, ni realizar otras actividades.

#### **b. Antecedentes personales.**

- Cefalea tensional crónica.
- Alérgica a alimentos que contienen LTPs<sup>8</sup>.
- Fumadora ocasional desde los 12 años.
- Intervención quirúrgica retirada de melanomas malignos.

#### **c. Medicación habitual.**

Ninguna.

---

<sup>8</sup> LTPs: Proteína Transportadora de Lípidos.

## 7.2. VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES.

Los datos son ordenados según la clasificación de Patrones Funcionales elaborados por Marjory Gordon, enfocados en 11 áreas de importancia para la salud del paciente, englobando al individuo, familia y comunidad.

### PATRÓN I: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO/CAIDADO DE LA SALUD:

Paciente recientemente diagnosticada de Disfonía Espasmódica, derivada a la unidad de Trastornos del movimiento para valoración y posible tratamiento.

- Alergias a alimentos que contienen LTPs.
- Hábitos tóxicos: Fumadora/bebedora ocasional desde los 12-13 años.

#### Escala de valoración:

- *Voice Handicap Index-10: Puntuación: 39 puntos. (ANEXO 3).*

### PATRÓN II: NUTRICIONAL/METABÓLICO: SPA<sup>9</sup>.

### PATRÓN III: ELIMINACIÓN: SPA.

### PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO:

Paciente independiente en las actividades de la vida diaria. Realiza ocasionalmente actividad física. Realiza largos paseos por la tarde.

#### Escala de valoración:

- *Escala de Barthel: Puntuación: 100 puntos. Resultado: Autonomía total. (ANEXO 4)*

### PATRÓN V: SUEÑO/DESCANSO:

El paciente refiere que duerme mal, tiene descansos nocturnos incompletos, se despierta varias veces a lo largo de la noche. No toma medicación para el descanso. Las emociones a lo largo del día le afectan negativamente a la hora del descanso.

---

<sup>9</sup> SPA: Sin problemas aparentes.

Escala de valoración:

- *Cuestionario de Oviedo del Sueño: Puntuación: 30 puntos. Resultado: Insomnio moderado. (ANEXO 5)*

PATRÓN VI COGNITIVO/PERCEPTIVO:

Presenta dolores habitualmente que cesan con analgésicos.

Escala de valoración:

- *Escala de valoración analógica del dolor (EVA): Puntuación: 7 puntos. Resultado: Dolor moderado-severo. (ANEXO 6)*

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO:

La paciente refiere temor ante los acontecimientos que le depare la vida.

Fase primera:

- *Cribado ansiedad-depresión: Escala de Goldberg: Ansiedad:7 – Depresión: 2. (ANEXO 7)*

Fase segunda:

- *Escala de ansiedad – depresión Hamilton: Ansiedad psíquica: 14 – Ansiedad somática: 8. (ANEXO 8)*
- *Escala de Autoestima de Rosenberg: 30. Resultado: Autoestima normal. (ANEXO 9)*

PATRÓN VIII: FUNCIÓN Y RELACIÓN:

Vive en casa de sus padres. No trabaja y estudia a distancia el Grado de Psicología. Por las mañanas se hace cargo de su padre dependiente mientras su madre trabaja; comenta que le limita y le genera estrés. Tiene buena relación con ambos. Debido a la disfonía de larga evolución se siente limitada en sus relaciones sociales. Presenta una actitud depresiva.

Escala de valoración:

- *Test de Zarit: Puntuación: 56 puntos. Resultado: Sobrecarga intensa. (ANEXO 10).*

PATRÓN IX: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN: SPA (Sin problemas aparentes).

PATRÓN X: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS:

El paciente se encuentra estresado a causa de su situación familiar y la dificultad de poder relacionarse.

Escala de valoración:

- *Perceived Stress Scale (PSS): 25 puntos (Anexo 11). Resultado: Nivel de estrés medio.*

PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS: SPA.

### 7.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Tras realizar una valoración en la que se han realizado los test, escalas y/o cribados correspondientes, se procede a nombrar los diagnósticos de enfermería, según la taxonomía NANDA, que se perciben como problemas de salud de nuestra paciente.

#### DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

##### *Clase 1. Toma de conciencia de la salud*

**00097 Déficit de actividades recreativas** r/c actividades recreativas insuficientes m/p miedo.

#### DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

##### *Clase 1: Sueño/reposo*

**00095 Insomnio** r/c ansiedad/depresión/duelo/factores estresantes/temor/malestar físico m/p patrón del sueño no reparador.

#### DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

##### *Clase 5: Comunicación*

**00051 Deterioro de la comunicación verbal** r/c disfonía espasmódica m/p dificultad para mantener la comunicación/dificultad para hablar.

#### DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

##### *Clase 2: Autoestima*

**00224 Riesgo de baja autoestima** r/c expectativas al tratamiento de la enfermedad.

#### DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

##### *Clase 1: Roles de cuidador*

**00061 Cansancio de rol de cuidador** r/c imprevisibilidad de la situación de cuidados m/p frustración.

##### *Clase 3. Desempeño del rol*

**00052 Deterioro de la interacción social** r/c obstáculos para la comunicación m/p discomfort en situaciones sociales.



## DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

### *Clase 1: Respuestas de afrontamiento*

**00146 Ansiedad** r/c factores estresantes/grandes cambios m/p preocupación/insomnio.

**00148 Temor** r/c déficit sensorial m/p conductas de evitación.

**00177 Estrés por sobrecarga** r/c estresores repetidos/factores estresantes m/p estrés excesivo/impacto negativo del estrés/tensión.

## DOMINIO 12: CONFORT

### *Clase 1. Confort físico*

**00255 Síndrome de dolor crónico** m/p aislamiento social/ansiedad/estrés por sobrecarga/insomnio/temor.

### *Clase 3. Confort social*

**00053 Aislamiento social** r/c factores que causan un impacto en las relaciones personales m/p actitud triste/deseo de estar solo.

#### 7.4. PLANIFICACIÓN: OBJETIVOS E INDICADORES, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

Finalmente, se establece un plan de acción, a partir de unos objetivos medibles cualitativa y cuantitativamente, se llevarán a cabo mediante intervenciones y actividades planteadas por enfermería.

TABLA 5: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO I.<sup>10</sup>

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD. Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control, fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.</b></p> <p>Clase 1. Toma de conciencia de la salud</p> <p><b>(00097) Déficit de actividades recreativas:</b> Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	<b>(00097) DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS R/C ACTIVIDADES RECREATIVAS INSUFICIENTES M/P MIEDO.</b>
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud. Resultado que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.</p> <p>Clase Q: Resultados que describen las acciones de una persona para promover o restaurar la salud.</p> <p><b>(1604) Participación en actividades de ocio.</b> Uso de las actividades de ocio o relajantes, de cara a fomentar el bienestar.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 160404 Refiere relajación en las actividades de ocio.</li> <li>- 160413 Disfruta con las actividades de ocio.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 160404 → De <i>raramente</i> (2) a <i>frecuentemente</i> (4).</li> <li>- 160413 → De <i>a veces</i> (3) a <i>frecuentemente</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase O. Terapia conductual. Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.</p> <p><b>(4310) Terapia de actividad.</b> Prescripción de, y asistencia en, actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicos para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo).</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase O. Terapia conductual. Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.</p> <p><b>(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales.</b> Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.</li> </ul>

<sup>10</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 6: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IV.** <sup>11</sup>

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO. Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.</b></p> <p>Clase 1. Sueño/Reposo. Sueño, reposo, descanso o inactividad.</p> <p><b>(00095) Insomnio:</b> Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	<p>(00095) INSOMNIO R/C</p> <p>ANSIEDAD/DEPRESIÓN/DUELO/FACTORES ESTRESANTES/TEMOR/MALESTAR FÍSICO M/P</p> <p>PATRÓN DEL SUEÑO NO REPARADOR.</p>
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio 1: Salud Funcional.</p> <p>Clase A: Mantenimiento de la energía.</p> <p><b>(0004) Sueño:</b> Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000404 Calidad del sueño.</li> <li>- 000405 Eficiencia del sueño.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000404 → De <i>moderadamente comprometido</i> (3) a <i>no comprometido</i> (5).</li> <li>- 000405 → De <i>moderadamente comprometido</i> (3) a <i>no comprometido</i> (5).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 1: Fisiológico: Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>Clase F: Facilitación del autocuidado. Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.</p> <p><b>(1850) Mejora del sueño.</b> Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5230) Mejorar el afrontamiento.</b> Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>- Proporcionar un ambiente de aceptación.</li> </ul>

<sup>11</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 7: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO**  
**V.**<sup>12</sup>

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN. Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.</b></p> <p>Clase 5. Comunicación. Enviar y recibir información verbal y no verbal.  <b>(00051) Deterioro de la comunicación verbal.</b> Capacidad reducida, retardada y/o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	<b>(00051) DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</b>
R/C	DISFONÍA
ESPASMÓDICA	M/P
DIFICULTAD PARA MANTENER LA COMUNICACIÓN/DIFICULTAD PARA HABLAR.	
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio II: Salud fisiológica. Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase J: Neurocognitiva. Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de la persona.</p> <p><b>(0903) Comunicación: expresiva.</b> Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 090302 Utiliza el lenguaje hablado: vocal.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 090302 → De <i>gravemente comprometido</i> (1) a <i>moderadamente comprometido</i> (3).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase Q. Potenciación de la comunicación. Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</p> <p><b>(4976) Mejora de la comunicación: déficit del habla.</b> Empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con dificultades para el habla.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente.</li> <li>- Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida</p> <p>Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</p> <p><b>(5820) Disminución de la ansiedad.</b> Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> </ul>

<sup>12</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 8: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO VI.<sup>13</sup>**

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN. Conciencia de sí mismo.</b></p> <p>Clase 2. Autoestima. Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito.</p> <p><b>(00224) Riesgo de baja autoestima.</b> Vulnerable a una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que pueden comprometer la salud.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	(00224) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA R/C EXPECTATIVAS AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio VI: Salud familiar. Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia.</p> <p>Clase Z. Estado de salud de los miembros de la familia. Resultados que describen la salud física, psicológica, social y espiritual de un miembro de la familia.</p> <p><b>(2513) Cese de desatención.</b> Evidencia de que la víctima ya no está recibiendo cuidados poco satisfactorios.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 251302 Evidencia de que la desatención emocional ha cesado.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 251302 → De <i>moderado</i> (3) a <i>ninguno</i> (1).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase R. Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento</p> <p><b>(5240) Asesoramiento.</b> Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.</li> <li>- Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno.</li> </ul>

<sup>13</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 9: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO VII.<sup>14</sup>**

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 7. ROL/RELACIONES. Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que estas conexiones se demuestren.</b></p> <p>Clase 1. Roles de cuidador. Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de salud.</p> <p><b>(00061) Cansancio del rol de cuidador.</b> Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	(00061) CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR R/C IMPREVISIBILIDAD DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS M/P FRUSTRACIÓN.
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio VI. Salud familiar. Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto de una persona como miembro de una familia.</p> <p>Clase W. Desempeño del cuidador familiar. Resultados que describen la adaptación y el desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño o adulto dependiente.</p> <p><b>(2280) Factores estresantes del cuidador familiar.</b> Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso periodo de tiempo.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 220815 Sentido de aislamiento.</li> <li>- 220818 Pérdida de tiempo personal.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 220815 → De <i>sustancial</i> (2) a <i>ligero</i> (4).</li> <li>- 220818 → De <i>moderado</i> (3) a <i>ninguno</i> (5).</li> </ul>
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio VI. Salud familiar. Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto de una persona como miembro de una familia.</p> <p>Clase W. Desempeño del cuidador familiar. Resultados que describen la adaptación y el desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño o adulto dependiente.</p> <p><b>(2203) Alteración del estilo de vida del cuidador principal.</b> Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 220306 Interacciones sociales.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 220306 → De <i>gravemente comprometido</i> (1) a <i>levemente comprometido</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio VI. Salud familiar. Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto de una persona como miembro de una familia.</p> <p>Clase Z. Estado de salud de los miembros de la familia.</p> <p><b>(2506) Salud emocional del cuidador principal.</b> Bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 250601 Satisfacción con la vida.</li> <li>- 250610 Certeza sobre el futuro.</li> <li>- 250608 Frustración</li> <li>- 250613 Cargas percibidas.</li> </ul>

<sup>14</sup> Fuente: Elaboración propia.

	<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 250601 → De <i>sustancialmente comprometido</i> (2) a <i>no comprometido</i> (5).</li> <li>- 250610 → De <i>moderadamente comprometido</i> (3) a <i>levemente comprometido</i> (4).</li> <li>- 250608 → De <i>sustancial</i> (2) a <i>leve</i> (4).</li> <li>- 250613 → De <i>grave</i> (1) a <i>leve</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 5. Familia. Cuidados que apoyan a la unidad familiar.</p> <p>Clase X. Cuidados durante la vida. Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.</p> <p><b>(7040) Apoyo al cuidador principal.</b> Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.</li> <li>- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.</li> <li>- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase R. Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5270) Apoyo emocional.</b> Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.</li> </ul>

**TABLA 10: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO VII.<sup>15</sup>**

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 7. ROL/RELACIONES. Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que estas conexiones se demuestren.</b></p> <p>Clase 3. Desempeño del rol. Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados.</p> <p><b>(00052) Deterioro de la interacción social.</b> Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: (00052) DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL R/C OBSTÁCULOS PARA LA COMUNICACIÓN M/P DISCONFORT EN SITUACIONES SOCIALES.</b>	
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio III. Salud psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.</p> <p>Clase P. Interacción social. Resultados que describen las relaciones de una persona con los demás.</p> <p><b>(1503) Implicación social.</b> Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 150301 Interacción con amigos íntimos.</li> <li>- 150311 Participación en actividades de ocio.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 150301 → De <i>a veces demostrado</i> (3) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> <li>- 150311 → De <i>a veces demostrado</i> (3) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase Q. Potenciación de la comunicación. Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</p> <p><b>(5100) Potenciación de la socialización.</b> Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase R. Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5430) Grupo de apoyo.</b> Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.</li> </ul>

<sup>15</sup> Fuente: Elaboración propia.



**TABLA 11: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IX.<sup>16</sup>**

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS. Convivir con los eventos/procesos vitales.</b></p> <p>Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Proceso de gestión del estrés del entorno.</p> <p><b>(00146) Ansiedad.</b> Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	(00146) ANSIEDAD R/C FACTORES ESTRESANTES/GRANDES CAMBIOS M/P PREOCUPACIÓN/INSOMNIO.
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio III: Salud psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.</p> <p>Clase N. Adaptación psicosocial. Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud o de las circunstancias de la vida.</p> <p><b>(1302) Afrontamiento de problemas.</b> Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.</li> <li>- 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos.</li> <li>- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 130208 → De <i>raramente demostrado</i> (2) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> <li>- 130217 → De <i>a veces demostrado</i> (3) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> <li>- 130218 → De <i>raramente demostrado</i> (2) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</p> <p><b>(5820) Disminución de la ansiedad.</b> Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase O. Terapia conductual. Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.</p> <p><b>(4360) Modificación de la conducta.</b> Promoción de un cambio de conducta.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.</li> </ul>

<sup>16</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 12: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IX.<sup>17</sup>**

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.</b>  <b>Convivir con los eventos/procesos vitales.</b></p> <p>Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Proceso de gestión del estrés del entorno.</p> <p><b>(00148) Temor.</b> Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	<b>(00148) TEMOR R/C DÉFICIT SENSORIAL M/P CONDUCTAS DE EVITACIÓN.</b>
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio III. Salud psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicosocial y social.</p> <p>Clase O. Autocontrol. Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial para sí mismo y para los demás.</p> <p><b>(1404) Autocontrol del miedo.</b> Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 140411 Mantiene las relaciones sociales.</li> <li>- 140417 Controla la respuesta al miedo.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 140411 → De <i>a veces demostrado</i> (3) a <i>siempre demostrado</i> (5).</li> <li>- 140417 → De <i>raramente demostrado</i> (2) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5230) Mejorar el afrontamiento.</b> Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>- Proporcionar un ambiente de aceptación.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</p> <p><b>(6040) Técnicas de relajación.</b> Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</li> <li>- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.</li> </ul>

<sup>17</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 13: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO IX.<sup>18</sup>**

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS. Convivir con los eventos/procesos vitales.</b></p> <p>Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Proceso de gestión del estrés del entorno.</p> <p><b>(00177) Estrés por sobrecarga.</b> Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: (00177) ESTRÉS POR SOBRE CARGA R/C ESTRESORES REPETIDO M/P ESTRÉS EXCESIVO/TENSIÓN.</b></p>	
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio III. Salud psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.</p> <p>Clase M. Bienestar psicológico. Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada.</p> <p><b>(1212) Nivel de estrés.</b> Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 121214 Trastornos del sueño.</li> <li>- 121222 Ansiedad.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 121214 → De <i>sustancial</i> (2) a <i>leve</i> (4).</li> <li>- 121222 → De <i>grave</i> (1) a <i>leve</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5230) Mejorar el afrontamiento.</b> Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>- Proporcionar un ambiente de aceptación.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</p> <p><b>(6040) Técnicas de relajación.</b> Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</li> <li>- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.</li> </ul>

<sup>18</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 14: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO XII.**<sup>19</sup>

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 12. CONFORT. Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.</b></p> <p>Clase 3. Confort social. Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia.</p> <p><b>(00053) Aislamiento social.</b> Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros como un estado negativo y amenazador.</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b> (00053) AISLAMIENTO SOCIAL R/C FACTORES QUE CAUSAN UN IMPACTO EN LAS RELACIONES PERSONALES M/P ACTITUD TRISTE/DESEO DE ESTAR SOLO.</p>	
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio III. Salud psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.</p> <p>Clase M. Bienestar social. Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada.</p> <p><b>(1204) Equilibrio emocional.</b> Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 120403 Muestra control de los impulsos.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 120403 → De <i>a veces demostrado</i> (3) a <i>frecuentemente demostrado</i> (4).</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo 3: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5330) Control del estado de humor.</b> Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.</li> <li>- Ayudar en la identificación de recursos disponibles y capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3. Conductual. Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase T. Fomento de la comodidad psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</p> <p><b>(5960) Facilitar la meditación.</b> Facilitar que una persona modifique su nivel de consciencia centrándose específicamente en una imagen o pensamiento.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente que debe ignorar los pensamientos que le distraigan volviendo al lema mental utilizado.</li> </ul>

<sup>19</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 15: OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO DEL DOMINIO XII.**<sup>20</sup>

<b>TAXONOMIA NANDA</b>	<p><b>DOMINIO 12. CONFORT. Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.</b></p> <p>Clase 1. Confort físico. Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.</p> <p><b>(00255) Síndrome de dolor crónico.</b> Dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de tres meses, y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar.</p>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:</b>	<b>(00255) SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO M/P AISLAMIENTO SOCIAL/ANSIEDAD/ESTRÉS POR SOBRECARGA/INSOMNIO/TEMOR.</b>
<b>TAXONOMIA NOC</b>	<p>Dominio V: Salud percibida. Resultados que describen impresión de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria.</p> <p>Clase V. Sintomatología. Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida de una persona.</p> <p><b>(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa.</b> Gravedad observada o informada sobre las respuestas cognitivas y emocionales adversas al dolor físico.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 130607 Preocupación sobre la carga para los demás.</li> <li>- 130620 Pensamiento pesimistas.</li> </ul> <p>OBJETIVOS:</p> <p>130607 → De <i>sustancial</i> (2) a <i>ligero</i> (4).</p> <p>130620 → De <i>grave</i> (1) a <i>ligero</i> (4).</p>
<b>TAXONOMÍA NIC (PRINCIPAL)</b>	<p>Campo I. Fisiológico. Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>Clase E. Fomento de la comodidad física. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.</p> <p><b>(1400) Manejo del dolor.</b> Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</li> <li>- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.</li> </ul>
<b>TAXONOMÍA NIC (SUGERIDA)</b>	<p>Campo 3: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</p> <p><b>(5310) Dar esperanza.</b> Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.</li> </ul>

<sup>20</sup> Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 16: RESUMEN DE DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES, DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CON DISFONIA ESPASMÓDICA.** <sup>21</sup>

**DOMINIO 1 – PERCEPCIÓN DE LA SALUD – MANEJO DE LA SALUD**

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00097) DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS R/C ACTIVIDADES RECREATIVAS INSUFICIENTES M/P MIEDO.	(1604) Participación en actividades de ocio.	<b>PRINCIPAL</b> (4310) Terapia de actividad.  <b>SUGERIDA</b> (4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales.

**DOMINIO 4 – ACTIVIDAD/REPOSO**

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00095) INSOMNIO R/C ANSIEDAD /FACTORES ESTRESANTES/TEMOR/MALES TAR FÍSICO M/P PATRÓN DEL SUEÑO NO REPARADOR.	(0004) Sueño.	<b>PRINCIPAL</b> (1850) Mejora del sueño.  <b>SUGERIDA</b> (5230) Mejorar el afrontamiento.

**DOMINIO 5 – PERCEPCION / COGNICIÓN**

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00051) DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C DISFONÍA ESPASMÓDICA M/P DIFICULTAD PARA MANTENER LA COMUNICACIÓN/DIFICULTAD PARA HABLAR.	(0903) Comunicación: expresiva.	<b>PRINCIPAL</b> (4976) Mejora de la comunicación: déficit del habla.  <b>SUGERIDA</b> (5820) Disminución de la ansiedad.

**DOMINIO 6- AUTOPERCEPCIÓN**

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00224) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA R/C EXPECTATIVAS AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.	(2513) Cese de desatención.	<b>PRINCIPAL</b> (5240) Asesoramiento

**DOMINIO 7: ROL/RELACIONES**

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00061) CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR R/C IMPREVISIBILIDAD DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS M/P FRUSTRACIÓN.	(2280) Factores estresantes del cuidador familiar. (2203) Alteración del estilo de vida del cuidador principal. (2506) Salud emocional del cuidador principal.	<b>PRINCIPAL</b> (7040) Apoyo al cuidador principal.  <b>SUGERIDA</b> (5270) Apoyo emocional.

<sup>21</sup> Fuente: Elaboración propia.

(00052) DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL R/C OBSTÁCULOS PARA LA COMUNICACIÓN M/P DISCONFORT EN SITUACIONES SOCIALES.

(1503) Implicación social.

**PRINCIPAL**

(5100) Potenciación de la socialización.

**SUGERIDA**

(5430) Grupo de apoyo.

**DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**DIAGNÓSTICOS (NANDA)**

(00146) ANSIEDAD R/C FACTORES ESTRESANTES/GRANDES CAMBIOS M/P PREOCUPACIÓN/INSOMNIO.  
(00148) TEMOR R/C DÉFICIT SENSORIAL M/P CONDUCTAS DE EVITACIÓN.

(00177) ESTRÉS POR SOBRE CARGA R/C ESTRESORES REPETIDO M/P ESTRÉS EXCESIVO/TENSIÓN.

**OBJETIVOS (NOC)**

(1302) Afrontamiento de problemas.

(1404) Autocontrol del miedo.

(1212) Nivel de estrés.

**INTERVENCIONES (NIC)**

**PRINCIPAL**

(5820) Disminución de la ansiedad.

**SUGERIDA**

(4360) Modificación de la conducta.

**PRINCIPAL**

(5230) Mejorar el afrontamiento.

**SUGERIDA**

(6040) Técnicas de relajación.

**PRINCIPAL**

(5230) Mejorar el afrontamiento.

**SUGERIDA**

(6040) Técnicas de relajación.

**DOMINIO 12: CONFORT**

**DIAGNÓSTICOS (NANDA)**

(00053) AISLAMIENTO SOCIAL R/C FACTORES QUE CAUSAN UN IMPACTO EN LAS RELACIONES PERSONALES M/P ACTITUD TRISTE/DESEO DE ESTAR SOLO.

(00255) SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO M/P AISLAMIENTO SOCIAL/ANSIEDAD/ESTRÉS POR SOBRECARGA/INSOMNIO/TE MOR.

**OBJETIVOS (NOC)**

(1204) Equilibrio emocional.

(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa.

**INTERVENCIONES (NIC)**

**PRINCIPAL**

(5330) Control del humor.

**SUGERIDA**

(5960) Facilitar la meditación.

**PRINCIPAL**

(1400) Manejo del dolor.

**SUGERIDA**

(5310) Dar esperanza.

## 8. CONCLUSIONES

La disfonía espasmódica puede pasar desapercibida al mostrarse “invisible” en un primer momento. Al evaluar las consecuencias que se han producido en un periodo de tiempo extenso, podremos apreciar que es un trastorno que perjudica aquello más inherente en la raza humana, la socialización. Del mismo modo, barreras y bloqueos psicológicos imposibilitan el desarrollo normal de ámbitos que reconocemos como cotidianos.

- El Plan de Cuidados planteado para la disfonía espasmódica puede aportar un acompañamiento continuo del equipo de Enfermería en un proceso crónico e incurable, debido a su factor limitante. El papel de Enfermería aportará ayuda y apoyo en las dificultades inherentes de la enfermedad, centrándose en el bienestar de la paciente.
- La formación del profesional de salud es de gran importancia para reconocer a pacientes que se sospeche de padecer esta enfermedad “invisible”. A través de una exhaustiva recogida de datos, se podrá obtener información crucial para poder intervenir tanto en el entorno, como en el estado de salud del paciente.
- El conocimiento que se ha aportado al paciente y a la familia, incluyendo al círculo cercano, dará una la estabilidad emocional, muy necesaria para el proceso de la enfermedad, la adaptación a la situación y su reincorporación a la vida social. La formación en estrategias de afrontamiento será fundamental para la difícil convivencia con la patología, debido a la incertidumbre hasta el posible diagnóstico, así como los efectos y resultados del tratamiento.
- Poner en marcha un Plan de Cuidados ayuda a realizar un trabajo organizado, sistemático, con juicio crítico y reflexivo, posibilitando el crecimiento profesional y optimizando la estabilización de estado de salud del paciente.
- Estableciendo un precedente de Plan de Cuidados se asentarán las bases con el objetivo de reflexión y duda, cuyo fin no solo es la mejora del paciente, sino también de la calidad del trabajo de los profesionales del cuidado, de Enfermería.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Blitzer A, Sulica L. Botulinum toxin: basic science and clinical uses in otolaryngology. Laryngoscope [Internet]. 2001[citado may 2018]; 111(2):218-226. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11210864>
2. Dystonia Medical Research Foundation [Internet]. Disponible en: <https://www.dystonia-foundation.org/what-is-dystonia/forms-of-dystonia>
3. Blitzer A, Brin MF. Laryngeal dystonia: A series with botulinum toxin therapy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1991;100(2):85-89.
4. Hintze JM, Ludlow CL, Bansberg SF, Adler CH, Lott DG. Spasmodic Dysphonia: A Review. Part 1: Pathogenic Factors. Otolaryngol - Head Neck Surg (United States) [Internet]. 2017 [citado may 2018]; 157(4):551-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0194599817728521>
5. Le Huche F AA. Patología origen funcional. Tomo 2. 2ª edición. 153-173.
6. Watts CR, Nye C, Whurr R. Botulinum toxin for treating spasmodic dysphonia (laryngeal dystonia): A systematic Cochrane review. Clin Rehabil. 2006;20(2):112-122.
7. Blitzer A, Brin MF, Stewart CF. Botulinum Toxin Management of Spasmodic Dysphonia (Laryngeal Dystonia): A 12- Year Experience in More Than 900 Patients. Laryngoscope. 2015;125(5):1031-2.
8. Asociación Española de Disfonia Espasmódica [Internet]. [citado may 2018]. Disponible en: <http://www.disfoniaespasmodica.org>
9. Hintze JM, Ludlow CL, Bansberg SF, Adler CH, Lott DG. Spasmodic Dysphonia: A Review. Part 2: Characterization of Pathophysiology. Otolaryngol Neck Surg [Internet]. 2017. [citado may 2018] Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599817728465>
10. Zobiaur Gomar, Fermín M. Disfonía Espasmódica. [Internet]. National Spasmodic Dysphonia Association. Disponible en:

[https://www.dysphonia.org/images/upload/261\\_pdf\\_20110301074613\\_1/Spasmodic Dysphonia Overview Spanish.pdf](https://www.dysphonia.org/images/upload/261_pdf_20110301074613_1/Spasmodic%20Dysphonia%20Overview%20Spanish.pdf)

11. Stemple JC, Hapner ER. Voice Therapy: Clinical Case Studies. Fourth Edi. San Diego: Plural Publishing; 2014.
12. Murry T, Woodson GE. Combined-modality treatment of adductor spasmodic dysphonia with botulinum toxin and voice therapy. J Voice. [Internet]. 1995 [citado may 2018]; Dec 9 (4): 460-465. Disponible en: [https://www.jvoice.org/article/S0892-1997\(05\)80211-5/pdf](https://www.jvoice.org/article/S0892-1997(05)80211-5/pdf)
13. Van Esch BF, Wegner I, Stegeman I, Grolman W. Effect of Botulinum Toxin and Surgery among Spasmodic Dysphonia Patients: A Systematic Review. Otolaryngol Neck Surg [Internet]. 2017 [citado may 2018];156(2):238-54. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599816675320>
14. Herdman T.Hearther, Kamitsuru Shaingemi. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier;2015.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
16. Bulechek GM. Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
17. Núñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B, Llorente-Pendás JL, Górriz-Gil C, Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2007 [citado may 2018]; 58 (9):386-392. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/linksolver/ft/pii/13112007>
18. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 1997 [citado may 2018]; 71 (2): 127 - 137. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

19. Bobes García J, González G.-Portilla MP, Sáiz Martín PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño [Internet]. *Psicothema*. 2000 (12): 107-112. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/260.pdf>
20. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005; 14 (7):798-804.
21. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Bmj* [Internet]. 1988 [citado may 2018]; 297(6653): 897-9. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.297.6653.897>
22. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2002 [citado may 2018]; 118 (13):493-499. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
23. Morejón AJV, García-Bóveda RJ, Jiménez RV-M. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol* [Internet]. 2004 [citado may 2018]; 22 (2): 247-255. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53%5Cnhttp://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/53/55>
24. Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 1980; 20 (6): 649-655.
25. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale. *Span J Psychol*. 2006; 9 (1): 86-93.

## 10. ANEXOS.

### ANEXO 1: CUESTIONARIO DE CRIBADO PARA LA DISFONIA ESPASMÓDICA (DE).

**Table 1.** Screening Questions for Spasmodic Dysphonia (SD).<sup>a</sup>

Question	Required for SD	Not Expected for SD
1. Does it take a lot of work for you to talk?	Yes	No
2. Is it sometimes easier and sometimes more difficult to talk?	Yes	Sometimes entirely normal
3. How long has it been difficult for you to talk?	>3 months	<3 months
4. Can you do any of the following normally?	Some of the following should be less affected than speech	Equally affected as speech
a. Shout	Less affected	Can't shout
b. Cry	Less affected	Abnormal
c. Laugh	Not affected	Abnormal
d. Whisper	Normal	Affected same as speech
e. Sing	Less affected	More affected than speech
f. Yawn	Normal	Abnormal

**Table 2.** Speech Examination Findings.<sup>a</sup>

Question	Required for SD	MTD
Repeated adductor sentences (glottal stops and vowels)	Adductor type: breaks on vowels, >1 per 3 sentences	Equal voice symptoms on vowels and voiceless consonants
Repeated abductor sentences containing voiceless consonants (/p/, /t/, /k/, /s/, /h/, /f/)	Abductor type: prolonged voiceless consonants, >1 per 3 sentences	Equal voice symptoms on vowels and voiceless consonants
Greater difficulty with adductor set of sentences	Greater difficulty with abductor sentences	Both adductor and abductor sentences equally affected
Shout	Less affected	Shout consistent with speech
Strained choked voice	Less strain at higher pitch	Constant strain
Prolonged vowel for 10 seconds	May have tremor on prolonged vowel	No tremor
Counting from 1 to 10	Breaks on vowels or prolonged voiceless consonants	No voice breaks

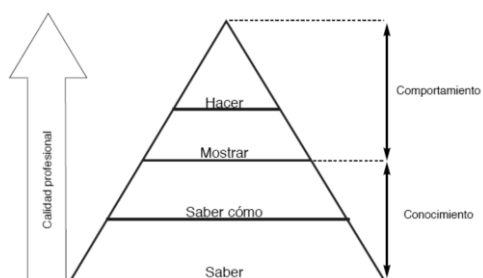
Abbreviations: MTD, muscle tension dysphonia; SD, spasmodic dysphonia.

**Table 3.** Laryngoscopic Findings.<sup>a</sup>

Task or Finding	Required for SD	MTD
Structure at rest	Normal	May have erythema or nodules
Vocal fold symmetry at rest	Normal	Normal
Whistling	Normal	Normal
Prolonged vowels	May have tremor or spasms	Consistent hyperfunctional posture
Adductor sentences	Intermittent hyperadduction on vowels (adductor type)	Consistent hyperfunctional posture
Abductor sentences	Intermittent prolonged abduction on voiceless consonants (abductor type)	Consistent hyperfunctional posture

Abbreviations: MTD, muscle tension dysphonia; SD, spasmodic dysphonia.

### ANEXO 2: PIRÁMIDE DE MILLER.




Modificado de Miller G.E., The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990, 65: S63-S67

### ANEXO 3: VOICE HANDICAP INDEX ABREVIADO (VHI-10).


F1. La gente me oye con dificultad debido a mi voz	0	1	2	3	4
F2. La gente no me entiende en sitios ruidosos	0	1	2	3	4
F8. Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	0	1	2	3	4
F9. Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
F10. Mi problema con la voz afecta al rendimiento laboral	0	1	2	3	4
P5. Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	0	1	2	3	4
P6. La calidad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
E4. Mi voz me molesta	0	1	2	3	4
E6. Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	0	1	2	3	4
P3. La gente me pregunta: ¿qué te pasa con la voz?	0	1	2	3	4

### ANEXO 4: AUTONOMIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: TEST DE BARTHEL.


#### Comer

	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona


#### Lavarse – bañarse –

	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión


#### Vestirse

	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo bragueros, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

#### Arreglarse

	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

#### Deposición

	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

**Micción - valorar la situación en la semana previa –**

	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón / cama**

	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

**Deambulación**

	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

**Subir y bajar escaleras**

	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

## ANEXO 5: CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO (COS).

### Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para .....

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos



4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? \_\_\_\_\_

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana



9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

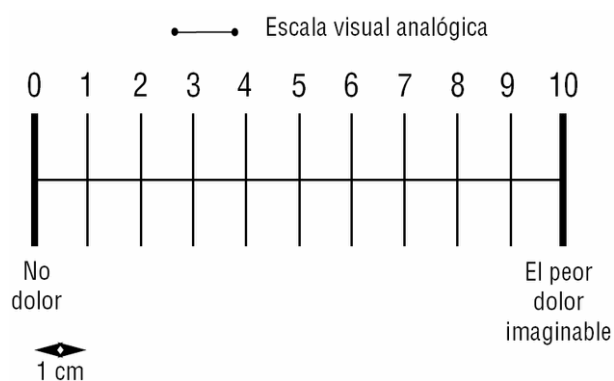
10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) .....?  
(Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?  
(Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

## ANEXO 6: ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA).



ANEXO 7: CRIBADO ANSIEDAD – DEPRESIÓN DE GOLDBERG.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	SÍ	
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	SÍ	
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	SÍ	
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse	SI	
<b>Puntuación Total</b> (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	SI	
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	SI	
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	SI	
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	NO	
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	NO	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>7</b>

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?	Ns/Nc	
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	SÍ	
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	NO	
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	SI	
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	SI	
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	SI	
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	NO	
¿Se ha sentido usted enlentecido?	NO	
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	NO	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>4</b>

<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>	
--	--

ANEXO 8: ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN DE HAMILTON.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	●	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	●	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	●	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	●	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	●	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	●	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

## ANEXO 9: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4



# ANEXO 10: TEST DE ZARIT.

0 = Nunca    1 = Rara vez    2 = Algunas veces    3 = Bastantes veces    4 = Casi siempre

Preguntas	Respuesta
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1  3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0 1 2 3 
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2  4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2  4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2  4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1  3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1  3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0 1 2 3 
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2  4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0  2 3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0  2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2  4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2  4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2  4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1  3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1  3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2  4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1  3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2  4
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0 1 2  4

# ANEXO 11: ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS).

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	<b>2</b>	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	<b>3</b>	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	<b>4</b>
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	<b>1</b>	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	<b>1</b>	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	<b>1</b>	2	3	4

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	<b>1</b>	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	<b>3</b>	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	<b>2</b>	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	<b>1</b>	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	<b>3</b>	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	<b>4</b>
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	<b>0</b>	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	<b>4</b>



